

# 現代経済学から健康福祉経済学への 転換過程

——健康投資の最適化過程を中心として——

田 村 貞 雄

## 目次

1. はじめに
2. 健康投資の最適化過程構想の沿革
  - (1)武見太郎「保健投資と福祉立地論」の歴史的意義
  - (2)杉田肇「ポジティブ・ヘルス開発と健康投資の最適化過程」の実践
3. 資本主義経済循環と健康福祉循環における貯蓄・投資作用の特徴
  - (1)資本主義経済循環における貯蓄・投資作用
  - (2)健康福祉循環における貯蓄・投資作用
4. 健康価値論による健康投資の最適化過程評価
  - (1)経済価値論との対比における健康価値論の特徴
  - (2)健康投資の最適化過程評価の大分モデル
5. 地域保健委員会の行動と論理実践実証主義
  - (1)地域保健委員会の自律的計画調整行動
  - (2)地域保健委員会の信頼性と客観性  
—論理実践実証主義の評価方法—
6. むすびにかえて  
—健康福祉経済学 (Economics for Positive Health) のパラダイムを求めて

## 1. はじめに

これまでの地球社会の歴史からみて、「人間が健やかに生きる条件の確保」という視点から、福祉の問題を考え、実践するということはなか

った。社会主義社会が望む福祉は経済を押し潰し、資本主義社会が必要とする福祉は、経済のまにまに大きくなったり、小さくなったりして不安定の中にある。人間は経験により学んで進んで社会に適応し、社会を進化させる力を持っていることも人間の歴史からみて明白な事実である。これまでに、社会主義の国々、資本主義の国々のみならず発展途上の国々、後発の国々の福祉経験という歴史的事例を数え切れないほど持っているのであるから、これからの地球環境の変化の反射を考慮に入れながら、これらの経験を生かすためのアイデアフォーメーションとその実行が今こそ必要とされているとはいえないだろうか。

われわれは、そこで上述の「人間が健やかに生きる条件の確保」の視点からの福祉を健康福祉（ポジティブ・ヘルス開発を基盤とした福祉創造）の内容でとらえ、これを論理実践実証の方法によって、新しい福祉システムをリサーチすることを考えた。このような構想は、1964年よりたまたま日本を中心とする世界の医療福祉のリサーチに参加することになり、これが縁で、1975年に日本の代表的な地域包括医療システムのリサーチを本格的に開始したことによってもたらされた。

日本の医療福祉のリサーチ、そして地域包括医療システムのリサーチによって明らかになったことであるが、ここでは医療福祉、あるいは包括医療の実践を、個人・家庭の“ゆりかごから墓場まで”の健やかに生きる条件の確保＝ライフサイクルを通した健康投資として捉えて評価し、実践の指標とするという特徴を持っている。われわれは、日本におけるこのような医療福祉、包括医療のリサーチの風土を背景にして、これを大分地域を実践の場とする杉田（1974）の Multichannel Medical System によって、ライフサイクルを通した健康投資の実践をポジティブ・ヘルス開発をベースとして福祉創造＝健康福祉の実証的基盤とすることへと発展させた。このようなポジティブ・ヘルスの開発による福祉創造

は、個人・家庭を中心にして、ポジティブ・ヘルス開発の専門家集団、産業組織、非営利組織、行政組織との役割分担による協力的な地域社会の形成が不可欠である。つまり人間が健やかに生きる条件の確保は、地域社会を基底にして実現されるのである。そしてこのような地域社会が単位となって、主体的に国家社会へと結集し、そして国家社会を調整の場として地球社会と連係し、地球システムを形成しているのであることはわれわれの日常の生活経験から明白な事実である。したがって、個人・家庭のライフサイクルを通した健康投資の実践は、ただ単に個人・家庭の“ゆりかごから墓場まで”だけではなく、地球社会システムまでつながっているという特徴を持っているのである。

このように個人・家庭を軸として、地球システムが全体としてバランスをとることにより、人間としての種の維持発展（生命の進化的再生産）が可能になることも、またこれまでの人間の歴史から裏づけられる。このためには、個人・家庭間だけでなく、地域社会間、国家社会間したがって地球社会において各組織構成主体による共生の価値観の形成とその実践が不可欠となる。このことにより、人間社会における横（空間的）の共生と縦（時間的）の共生の絆が形成されることになる。

以上において説明したポジティブ・ヘルス開発による福祉創造＝健康福祉を健康投資の最適化過程に焦点を合わせて、論理実践実証の方法でリサーチするパラダイムをわれわれは健康福祉経済学（Economics for Positive Health）と呼ぶことにした。この小論は、現代経済学のパラダイムとの関連において、健康投資の最適化過程の特徴を明らかにすることにより、健康福祉経済学の基本的枠組を呈示し、大方の批判を受けることを目的としている。

## 2. 健康投資の最適化過程構想の沿革

筆者は1964年に、日本医師会に組織されていた調査特別委員会という総合科学的な研究会に参加する機会を得た。この委員会は1957年に組織され、経済学者、医学者、臨床医師、環境科学者、生物学者、人口論研究者が「人類の生存秩序」を主題として総合科学的な観点から継続的な調査研究を行っていた。この委員会が1966年に改組され、社会経済委員会として新発足することになった。当時日本医師会長であった武見太郎からこの新委員会に対して「保健投資と福祉立地論」という調査研究の諮問が出された。当時筆者は現代経済学を実証経済学として体系的に研究中であり、保健・医療・福祉については全くの門外漢であったので、委員会で行なわれた武見の諮問趣旨の説明は殆んど理解できなかった。とくに「医療は単なる消費ではない。医療の投資効果の側面が十分に研究されなければならない」という武見の言葉に反撥の意も含んだ強い衝撃を受けた。

現代経済学では、保健・医療支出は消費支出と定義され、家計の消費行動の対象として位置づけられ、ミクロ経済学とマクロ経済学の両面から研究が積み重ねられていた。しかも現代経済学のパラダイムの要めが消費者主権（消費価値の最大化を目標とする消費者の財貨・サービスへの投票（支出）によって、財貨・サービスの生産の方向が決まるという考え方）であるが<sup>2)</sup>、現代経済学の枠内に踏みとどまろうとするかぎり「医療は消費ではない。投資として考えるべきだ」という発想を理解することは困難であったわけである。

次に福祉立地論についてふれる。筆者は現代経済学では立地論といえば、経済効率性を中心的指標として、理論的に、計量的に分析するという特徴を持つ経済立地論<sup>3)</sup>しか勉強していなかったし、福祉といえば、

貨幣（市場）で評価される経済福祉の知識しか持ち合わせていなかった  
ので、保健投資との関連での福祉立地論という内容は筆者の理解の枠外  
であった。

しかしこの社会経済委員会は専門の異なる領域の研究者による総合科  
合的検討を目指して組織されていたので、この委員会の中で、保健投資  
と福祉立地論の諮問内容について、多角的な検討が続けられ、特に人類  
生態学者のリードのもとで1年後には日本医師会の学術年鑑である『国  
民医療年鑑』1967年版にこの委員会の検討結果が発表された<sup>4)</sup>。筆者は  
この時、保健投資の生産力効果と需要効果の側面から検討結果をまとめ  
たが、現代経済学の分析の枠組を出るものではなかった。しかしこれを  
契機として、医学と医療と経済学の相互関連についての各種研究委員会  
に出席する機会を得、保健投資と福祉立地論について色々と学ぶことが  
できた。すなわち、保健投資は医学・医療における包括医療論、あるい  
はアドミニストレイティブ・メディシン（管理医学）に学問的根拠があ  
り、福祉立地は地域包括医療の実践的展開であることを耳学問で知るこ  
とができた<sup>5)</sup>。そして、日本医師会で2年に1回の割合で、全国の地域  
医療活動の医療経済調査の企画と現地調査に参加することにより、福祉  
立地論の方向については少しずつ理解の度が増していった<sup>6)</sup>。しかし、  
地域包括医療の実態を知らなかったので、保健投資の内容については理  
念的なものの域を出ることはなかった。

1973年に武見は「保健投資と福祉立地論」の内容を更に発展的に展開  
して、「医療資源の開発と配分」というテーマによってこの委員会に調  
査研究を諮問するとともに、武見自らもその構想を各地域医師会の研修  
会で発表を行なった<sup>7)</sup>。そして、武見は1975年に、第29回世界医師会大  
会学術集会を世界医師会長として東京で主宰し、そのメインテーマに  
「医療資源の開発と配分」を選定し、これを内外に問うた<sup>8)</sup>。そして武

見はこの大会の結びにおいて、「メディコエコノミックス宣言」を行ない、この世界医師会場で保健投資と福祉立地論を継続的に検討することという、世界医師会における組織決定を行なった。ここに保健投資と福祉立地論は世界医師会という場を通じてグローバルなリサーチにまで高められた<sup>9)</sup>。しかし、この時点で日本医師会の研究委員会レベルでは、地域包括医療、医療福祉、保健投資、メディコエコノミックスという概念がそれぞれ独り歩きをしており、「保健投資と福祉立地論」と「医療資源の開発と配分」と「メディコエコノミックス」の体系的な展開というまでに至っていなかった。このことは、総合科学的な研究委員会の組織ではあったが、医学・医療専門家は、基礎・臨床・社会医学にバランスがとれているとはいえず、また社会科学系の研究者は、生物学、人類生態学的視点が欠けており、総合科学的検討が表面的なものであったということが大きな原因としてあげられる。

筆者は1974年に、杉田（1974）の Multichannel Medical System の報告を聞いて、地域包括医療システムが大分地域の医師集団を中心に、実際に実践されていることを知り、1975年に大分に赴き実地観察を行なった。ここではじめて、筆者の調査研究における「保健投資と福祉立地論」、「ポジティブ・ヘルス」、「コンプリヘンシブ・メディシン」という理念的なものと地域包括医療活動という実践的なものととの融合が可能になった<sup>10)</sup>。そして大分地域における地域包括医療システムの実践的観察を3年間位続けているうちに、上述の総合科学的な日本医師会の研究委員会や学会で学んだ「保健投資と福祉立地論」、「医療資源の開発と配分」、そして「メディコエコノミックス」が、ポジティブ・ヘルス開発による福祉創造＝健康福祉を目標とする健康投資の最適化過程についての論理実践実証の方法による（リサーチの積み重ねにより）首尾一貫した形で説明されうることを学んだ。そしてこの大分での調査研究の成

果を論文に、著書に、そして内外の学会報告とさまざまな形で発表し、批判的コメントを糧としながら、リサーチを積み重ねていった<sup>11)</sup>。われわれはこの過程で武見の保健投資を、杉田の Multichannel Medical System におけるポジティブ・ヘルス開発という実践的内容を基盤とする健康福祉達成という内容との関連で、健康投資という呼称に変えた。武見のメディコエコノミックスは、筆者と杉田との共同研究の進捗に応じて、フィジオロジカルエコノミックス（生理学的視点からみた経済学）から医療福祉経済学、そしてヘルスエコノミックス、健康福祉経済学 (Economics for Positive Health) と名称は変化していった。このように名称は変化していったが、実証的基盤は上述の Multichannel Medical System であるから、ポジティブ・ヘルス開発による福祉創造の経済学の基本的な枠組は終始一貫して変わってはいないことを急いでつけ加えておきたい。

### 3. 資本主義経済循環と健康福祉循環における 貯蓄・投資作用の特徴

ここでは健康投資の最適化過程を、論理実践実証の方法で評価<sup>12)</sup>するための基盤としての健康福祉循環の特徴を、資本主義経済循環における投資・貯蓄作用との対比のもとで、明確にすることを試みる。まず資本主義経済循環の特徴を貯蓄・投資作用に焦点を合わせて説明する。

#### (1) 資本主義経済循環における貯蓄・投資作用

資本主義経済制度の基本的枠組を次の5つの要素によって示すことができる<sup>13)</sup>。

- ①私有財産制の議会による承認（民主的政治制度の確立）
- ②個人による財貨・用役の消費価値最大化行動（経済合理的行動の仮説）

③企業による利潤最大化を目指した生産行動（経済合理的行動の仮説）

④自由市場による需要と供給の裁定行動（市場経済システム）

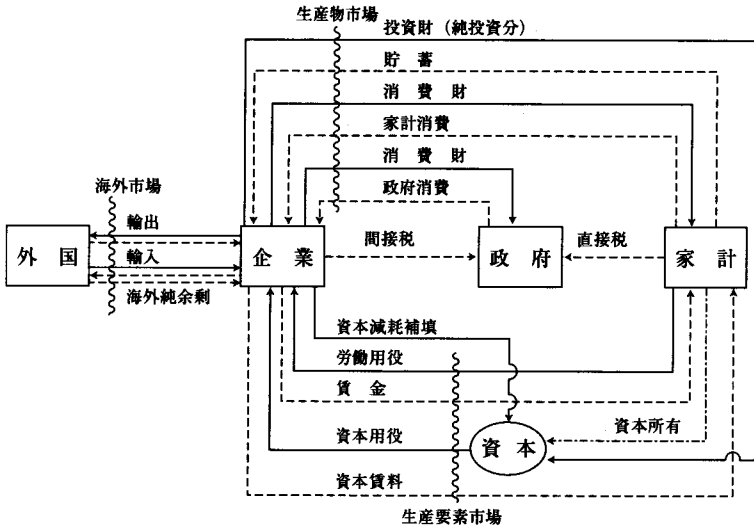
⑤金融機関による貨幣の供給行動（中央銀行制度の確立）

たとえ④の市場経済システムが採用されていても、①の私有財産制の議会による承認がなければ資本主義経済とはいえない。たとえば現在の中国のような社会主義市場経済（一国二制度）がこれである。②、③は個人主義の哲学に根ざした経済合理的行動の仮説であり、市場経済原理の核となっている。①から④までの条件が揃っていても資本主義経済とはいえない。というのは、資本主義経済は物々交換経済ではなく、貨幣を交換手段とする経済＝貨幣経済を常態とするからである<sup>14)</sup>。資本主義経済循環において、財はまず自由財と経済財に分けられる。前者は生産活動を伴わずして手に入れることの可能な財をいい、後者は、その獲得に生産活動が必要な財のことをいう。経済財は、物理的性質を基準として、財貨（可視的、可触的）、用役（サービス）（非可視的、非可触的）に分けられ、また、配分のシステムの相違により、私的財（市場経済システム）、公共財（非市場経済システム）に分けられる。また経済財は生産目的か消費目的にしたがって投資財と消費財に分けられる。投資財はある期間を限ったフローの概念であるが、これを初期時点から現在までの蓄積というストックの概念でみれば資本財と定義される。その資本財の所有権が資本の実態である。

図1において、実線は市場経済システムにおける財貨・用役の流れを示し、点線はそれとの見合いの貨幣の流れを示している。公共財は、その性質上原則として財貨・用役の流れと貨幣の流れに1対1の対応関係がとれないので、その実態を間接的にではあるが貨幣の流れだけで示している。ここでは市場は成立し得ないのである<sup>15)</sup>。同図の鎖線は、家計



図1 資本主義経済循環の基本型



(消費者) による資本所有 (ストック) を示している。

資本主義経済循環を構成する主体は、企業 (生産活動)、家計 (消費・貯蓄活動)、政府 (公共活動)、外国 (海外取引活動) と、経済循環の調整機構としての資本勘定 (貯蓄・投資活動の調整) よりなる。主体間に実線と点線が対応しているところでは市場 (生産物市場、生産要素市場、海外市場) が成立している。政府と企業、家計間には市場は成立していない。市場では、自由競争状態のもとで、企業と家計が外国と企業が自己の欲望追求の視点で取引し合う。この市場原理は需要と供給の原理としてよく知られている。アメリカ経済が典型的な実例である。

企業は消費財を家計、政府に供給し、家計、政府が需要する。投資財は、家計の貯蓄を資金として企業が自己の成長のために利用する。企業は外国に消費財、投資財を輸出し、また輸入する。企業は生産活動に必要な生産要素 (資本、土地、労働) を需要し、その対価として利子、地

代、賃金を支払う。このような取引は生産物市場、生産要素市場、海外市場の場で行なわれる。市場の裁定機能がこれである。この過程の説明の中で、企業が生産する投資財と家計の貯蓄の対応関係について図1の資本勘定との関連で説明を加える<sup>16)</sup>。同図で企業の生産した投資財（実線）は家計の所得から消費を差引いた残りの貯蓄（点線）と見合っているが、この実線は家計を通り越して、資本勘定につながっている。そしてこの資本勘定の関門をくぐり抜けて、企業（生産者）に還流して来ている。この投資財が資本勘定をくぐり抜けるということが、家計の貯蓄という資金によって手当されているということを意味しているのである。つまり資本主義経済循環では、投資の主体は企業で、貯蓄（消費をしない額）の主体が家計であるという形で、投資・貯蓄の主体が機能的に分離されていることを基本的特徴としているのである。図1のように企業の利潤が家計に資本利子として配当されているという場合は、貯蓄は家計からだけとなり、この貯蓄が投資を賄うわけであるから、投資のストック面としての資本は、鎖線に示されているように家計の所有するものとなる。

## (2)健康福祉循環における貯蓄・投資作用

まずはじめに資本主義経済循環の生産・分配・消費・貯蓄の対象であった経済財（財貨・用役）と健康福祉の相違点を明確にしておこう。表1が健康福祉の「提供」システムと「享受」システム形成における留意点を示している。すなわち、(1)生物特性（特殊倫理性）、(2)地域性、(3)不確実性、(4)公共性、(5)包括性、(6)継続性がそれである。これら諸要素は、健康福祉をポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程の実践で実証化しようとする場合に不可欠なものである。

図2は1.はじめにでふれた杉田（1974）のマルチチャンネル・メディカル・システムの基本型である。ここでは健康福祉循環は、ポジティ

表1 健康福祉の基本的特性

項 目	摘 要
(1) 生物特性 (特殊倫理性)	生理的規範
(2) 地 域 性 (個別特性)	個の自由と多様性
(3) 不確実性	未来志向的行動
(4) 公 共 性	社会貢献的行動
(5) 包 括 性	包括的技術集積
(6) 継 続 性	時間的集積効果

ブ・ヘルス開発による健康投資の最適化過程を実現する基盤として考えられている。ポジティブ・ヘルス開発は、包括医療研究計画と健康教育計画を基盤とした、予防治療、リハビリの包括医療の包括性と環境保健、産業保健と連動する母子保健、学校保健、成人保健、老人保健の継続性のもとで行なわれる健康開発型技術集積システム（A面）と、それを支える政治システム（B面）と、社会・経済システム（C面）のバランスによって実現される。健康開発型技術集積システムにおいては、地域住民、産業、非営利組織、行政組織の健康投資の「享受」行動とそれを支える健康投資の「提供」行動の相互作用が基本となる<sup>17)</sup>。この相互作用の調整の役割を果たすのが政治システムにおける地域保健委員会であり、これと連動する社会・経済システムとしての市場機構と非市場機構である。この辺のところは図3によって詳しく説明しよう。

図3は、ポジティブ・ヘルス開発を目標とする地域健康福祉循環の過程のモデル図を示している<sup>18)</sup>。同図の左方が、図2の上方に示されている健康開発型技術集積システムをより詳しく説明したものである。ここでは地域家庭医（開業医）が医師会活動に参加して、医師会立共同利用施設（医師会立アルメイダ病院）をつくり、これを基盤として地域健康

図2 マルチチャンネル・メディカル・システムの基本型

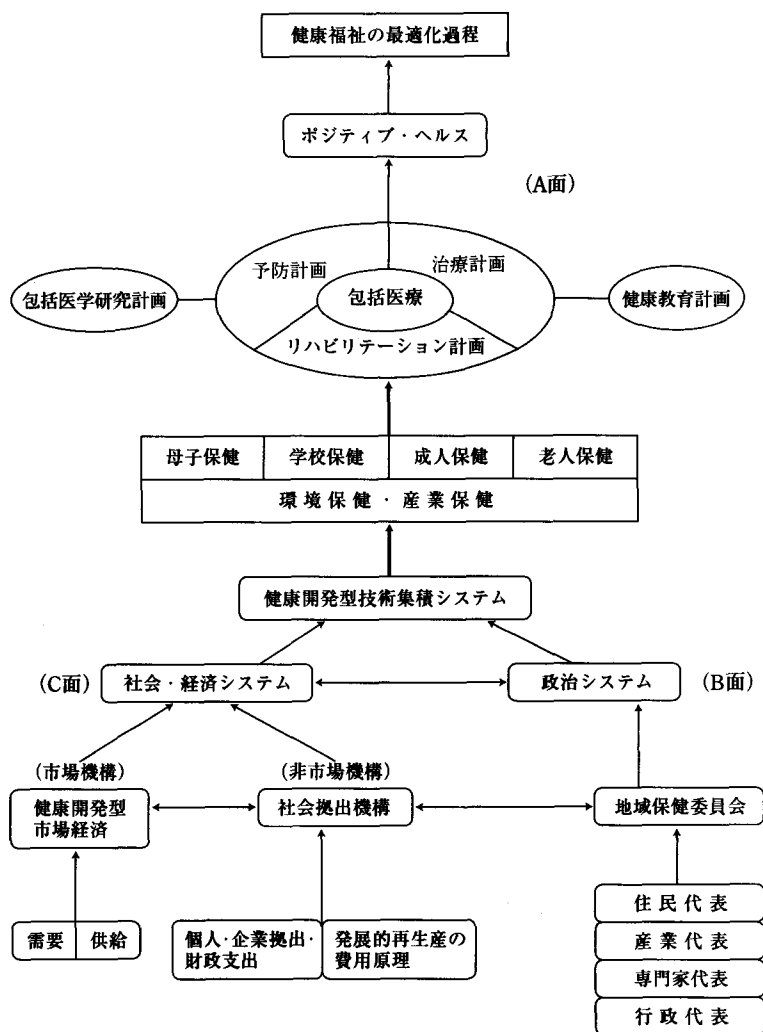
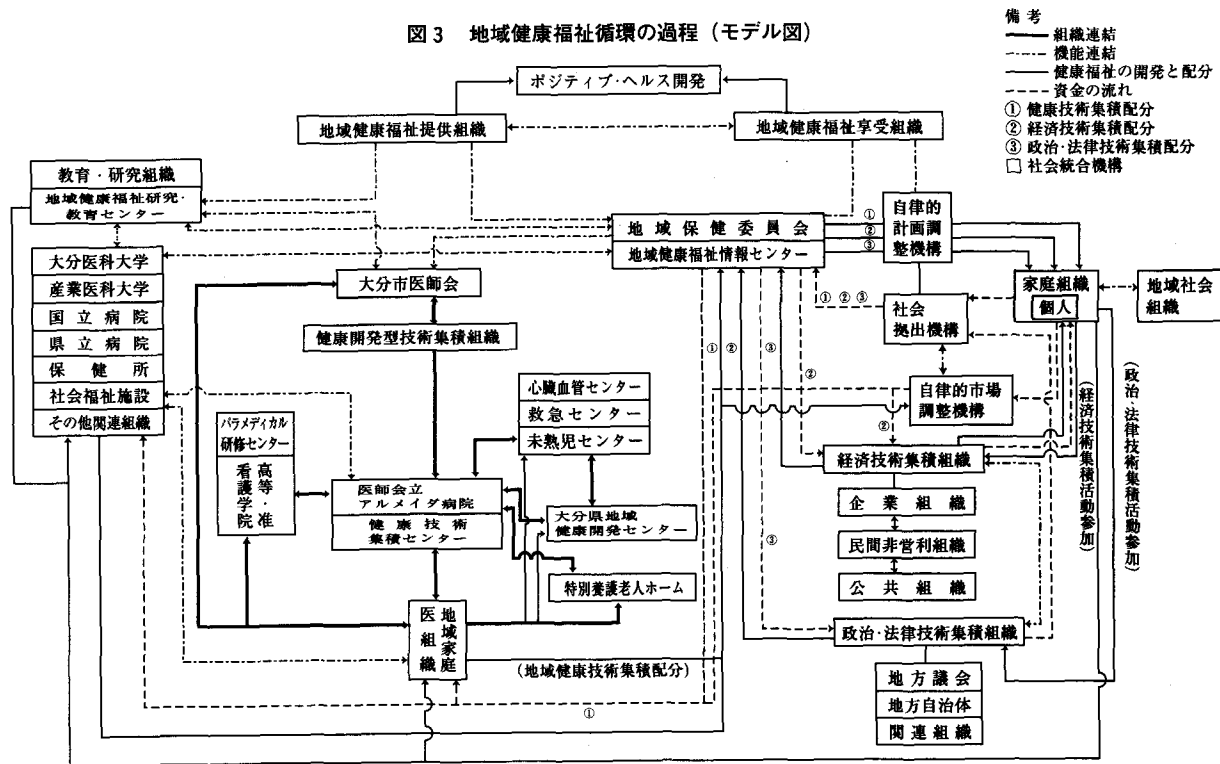


図3 地域健康福祉循環の過程（モデル図）



福祉開発の技術集積の中核となっていることが示されている。このような開業医の地域貢献活動による地域社会信頼のもとで、健康福祉開発における専門性と民主性を融合させる地域保健委員会の組織化を可能にし、この組織の未来志向的意志決定により、大分県地域健康開発センター、地域健康福祉情報センター、特別養護老人ホーム、救急センターの技術集積と大分地域の教育・研究組織、国公立の病院、保健所、福祉施設との連携を可能にした。

この健康開発型技術集積組織が地域住民（個人・家庭）、産業、民間非営利組織、行政組織が「享受」する包括的で継続的な健康投資を「提供」しているのである。この健康投資の「享受」と「提供」の相互作用の総合調整の役割を果たすのが地域健康福祉情報センターを活用する地域保健委員会であるが、実際には、地域保健委員会は政治・法律技術集積組織である地方議会と、経済技術集積の自律的計画調整機構（社会拠出機構—非市場機構）と、自律的市場調整機構（市場機構）との連動で総合調整を行う。ここが(1)で示した資本主義経済循環と本質的に相違する箇所である。つまり、資本主義経済循環では、市場機構を中心として、企業と家計による投資と貯蓄の独立的行動が中核となっていたのであるが、ここではポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程で健康福祉を実証的に把握するのであるから、企業は民間非営利組織、行政組織とともに健康開発型技術集積組織と連動して、健康投資の「提供」面を社会拠出機構（非市場機構）と自律的市場調整機構（市場機構）を通して地域住民（個人・家庭）とかわることになるのである。この枠組の中で、企業と地域住民の間に市場機構を通して貯蓄と投資の相互作用も部分的に存在することも確かである。しかし健康福祉循環においてはこれはあくまでもポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程の一環として機能するということを理解するのは重要で

ある<sup>19)</sup>。ここでは、地域保健委員会の総合調整機能と、自律的計画調整機構としての社会拠出機構（非市場機構）が大きな役割を担っているのである。これについては第5節で説明する。

#### 4. 健康価値論による健康投資の最適化過程評価

この節はポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程を健康価値論によって評価することを試みることにより、前節で説明した健康福祉循環に生命を吹き込みたい。

##### (1)経済価値論との対比における健康価値論の特徴

資本主義経済の成長過程において、経済を取り巻く環境が大きく変化した。すなわち、少子高齢化社会の出現、資源枯渇化傾向と環境汚染、技術進歩の質とスピードの変化、経済活動のグローバル化の進行、都市化、情報化社会の進行にもとづく生活形態の変化、そしてマスメディアの浸透がそれである。そしてこのような環境変化は、人間の経済価値観に影響を与え、経済活動のパターンを変化させた<sup>20)</sup>。このことは現代経済学が、経済環境の変化に適応するために人間行動における経済価値観の変化を真正面から見据えなければならないことを意味している。

現代経済学はこれまで、医療活動を消費と考へてGNP（国民総生産）の評価の中に加えて来た。これはアダム・スミス以来の消費価値（国富）の最大化を目標とする経済行動（経済価値論）に根ざすものであるということが出来る。すなわちこの考え方は、消費水準の大きさにもとづいて福祉水準（経済福祉水準）を評価するということの特徴としている<sup>20)</sup>。これに対して、前節で説明したように、健康福祉の考え方は、人間の健やかに生きる条件の確保—実態的にはポジティブ・ヘルス開発の実践の内容でとらえることを特徴としている。この考え方はきわめて

動態的で面的な内容の特徴としている。現代経済学の視点から健康福祉の内容に接近する場合には、経済 (Economy) をヒューマンエコロジー (Human Ecology) の視点から捉えて、そして人間行動を生理的規範から検討することが必要となる<sup>21)</sup>。というのは健康福祉を実証的基盤にもとづいて把握しようとするれば、それは包括医学研究の実践目標である地域包括医療、あるいはポジティブ・ヘルス開発の事実にもとづいた検討が必要とされるからである。この健康福祉の実証的検討においては、人間行動における健康価値の認識と評価が中心的役割を果たすのである。ここでは人間行動における生理的規範の理解がその前提として必要とされる。このことを端的には、「生あるものは必ず死にいたる」(養老孟司) ということの理解を前提として、よりよく生きる喜び、そしてよりよく生き、さわやかな死に至る喜びの理解と実践である。杉田 (1974a, b) は、このような人間行動における生理的規範を健康価値論と呼んだ。

われわれは、生理的規範を基盤とした健康価値論による経済観とその学問的方法を、健康福祉経済学 (Economics for Positive Health) と呼んでいる。健康価値論は、人間行動の目標をポジティブ・ヘルス開発による健康投資の最適化過程の達成に置いているから、健康福祉経済学は、フィードバック的な、病理学的な経済観ではなく、健康開発的な、フィードフォワード的な経済観を中心にして論理構成を行ない、実践するという特徴を持っているのである。現代の資本主義経済に採用されている経済政策は、病理学的経済観にもとづき、後追い型の政策実践という特徴を持っていることは、これまでの経済政策の歴史から明らかである<sup>22)</sup>。このような後追い型の政策的帰結が、社会保障の崩壊過程、国民医療費の高騰化傾向、医療活動に対する国家統制の強化傾向となっており、あらわれているといっても過言でないであろう。このような経済政策の袋小路から抜け出すためには、健康福祉志向の経済観の意識革新とその

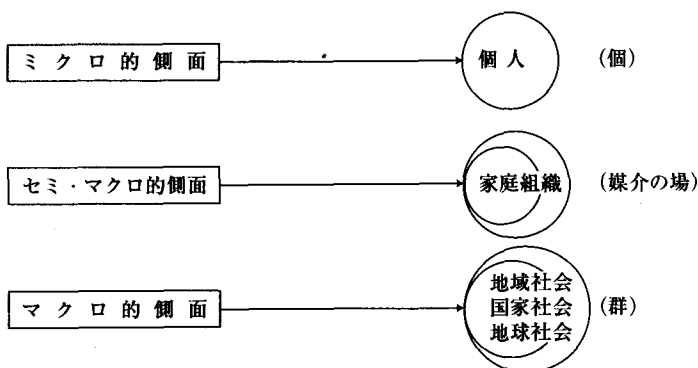


実践が必要である。ここでは、個人の生命の進化的再生産を核とする家庭組織の健康福祉の最適化過程の達成が中心に据えられているのである。まさに資本主義経済循環における経済価値論の端的表現である消費者主権の目標から、個人を核とする「家庭組織主権」の理論と実践への転換がこれである。

個人を核とする家庭組織主権を特徴とする健康福祉経済学において、現代経済学におけるミクロ概念の革新が必要となる。すなわち、現代経済学のミクロ概念は、資本主義経済制度の定義、②家計による効用最大化の消費行動、③企業による利潤最大化の生産行動、④自由競争市場による調整行動のしくみがミクロ経済学の基本的枠組であった。つまり家計と企業の経済合理的行動（ホモエコノミクス）の仮説と、自由競争の市場行動の仮説による理論展開がそれであった。これに対して、健康福祉の最適化過程においては、経済合理的行動（ホモエコノミクス）の人間行動仮説とは異なり、生理的規範のところで説明したように、個人の身体的活動・精神的活動メカニズムの内省的観察が必要とされる。そこでわれわれは、個人の身体的活動・精神的活動メカニズムの内省的観察にもとづく、人間行動の検討の側面をミクロと定義した。そしてこのような個人（ミクロ）は、地域社会・国家社会・地球社会（マクロ）とかかわり合うわけであるが、われわれは、この場合、ヒューマンエコロジカルな視点から、個人と社会の媒介の場として家庭組織をおき、これをセミ・マクロと定義した（図4参照）。つまりわれわれは、個人が家庭組織を場としてマクロ（群）の中で活動するという考え方をとるのである<sup>23)</sup>。

この場合、上述した健康価値論の実践が重要となる。すなわち、ここでは個人が家庭を場として自己選択によって、生命の進化的再生産の自己努力の実践行動が根幹に据えられる。そして、生あるものは必ず死ぬ

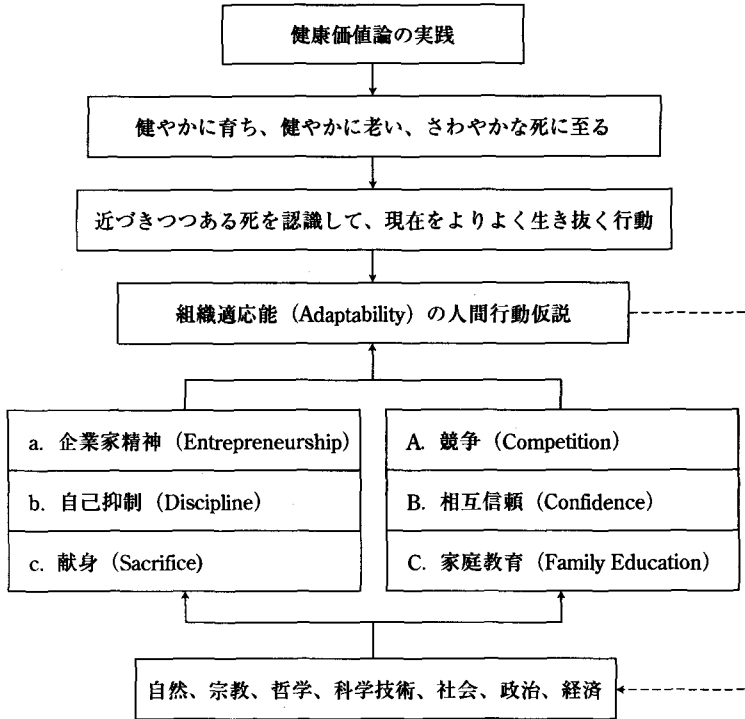
図4 健康福祉循環における個人・家庭組織・社会の関係



という認識のもとで、生と死の喜びの実践としてよりよく生き抜く行動を実現すると考えるのである。このことは、個人のライフサイクルを通しての健康投資行動を基軸とする自己満足と、家庭満足と、社会満足の充足による個人を核とした家庭組織主権の健康福祉の最適化過程が、世代間を通して継続されていくことになる。個人・家庭組織の健康福祉の最適化過程が企業、民間非営利組織、行政組織と協力して、地域社会の場を基底において実現されるという実態をみれば、これを地域主権の健康福祉の最適化過程、あるいは地域主権で国家調整のグローバルシステムと呼ぶことができよう。つまり地域健康福祉循環は、国家社会健康福祉循環、地球社会健康福祉循環とつながっているのである。

なお、現代経済学における経済価値論にもとづく経済合理的行動（ホモエコノミクス）の人間行動仮説にかわるものとして、われわれは健康価値論にもとづく人間行動仮説を図5に示してあるような内容で考え、実践によって実証を積み重ねている。ここでは特に健康価値論の実践の系としての組織適応能の人間行動仮説（a. 企業家精神、b. 自己抑制、c. 献身）が、1. はじめにでふれた個人・家庭の共生の価値観の形成

図5 健康価値論にもとづく人間行動仮説

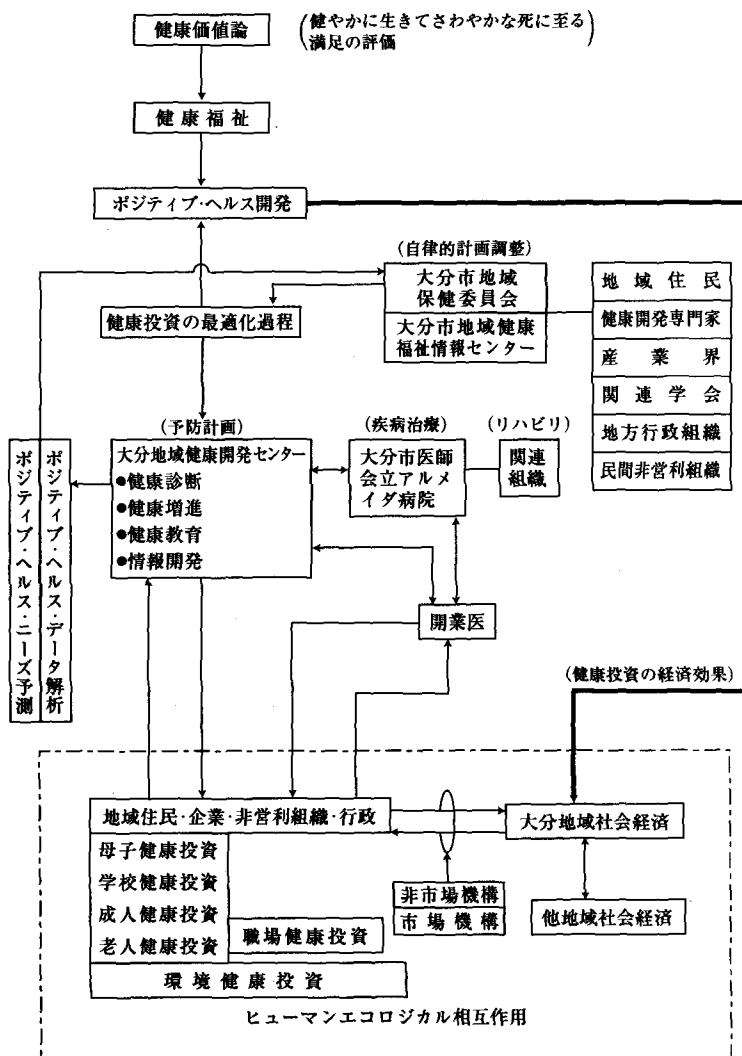


の基盤となっていることを説明しておきたい。

## (2)健康投資の最適化過程評価の大分モデル

図6は健康投資の最適化過程評価の大分モデルを示している。この節の前項で説明したように、健康投資の最適化過程評価は、健やかに生きてさわやかな死に至る満足の評価を核とする生理的規範としての健康価値論によって行なわれる。健康価値論は健康福祉の最適化過程の達成を目標とし、これをポジティブ・ヘルス開発の実践を実証的基盤として解明していこうとする。ポジティブ・ヘルス開発は健康投資の最適化過程

図6 健康投資の最適化過程評価の大分モデル



の達成を目標とする実践によって実態化される。健康投資の最適化過程は、予防計画と疾病治療計画・リハビリテーション計画の一貫性による包括医療と、環境健康投資、職場の健康投資に補強された地域住民（個人・家庭）の母子健康投資、学校健康投資、成人健康投資、老人健康投資の「享受」と「提供」のバランスを中心にして実現される。この場合、健康投資の「享受側」は、地域住民、企業、民間非営利組織、行政であり、その「提供側」は、開業医活動を核とする大分市医師会立アルメイダ病院と関連組織、そして大分地域健康開発センターが中心となる。そしてこの健康投資の「享受」と「提供」のメカニズムの裁定機能を果たすのは、自律的計画調整機構としての大分市地域保健委員会である。この委員会は大分市地域健康福祉情報センターを併設し、大分地域におけるポジティブ・ヘルス・データの解析とポジティブ・ヘルス・ニーズの予測を行ない、これらの情報をもとにして、大分地域における健康投資の最適化過程を目指してプランニングを行う。地域住民、企業、民間非営利組織、行政は自己選択と自己努力で健康投資を「享受」し、開業医、医師会病院と関連組織、大分地域健康開発センターが中心となって、健康投資の「提供」を行う。この健康投資の「享受」と「提供」のバランスは、大分市地域保健委員会の自律的計画調整をベースとして、非市場機構（社会拠出機構）と市場機構（自律的市場調整機構）によってとられる。そしてこの健康投資の「享受」と「提供」のバランスによるポジティブ・ヘルス開発の実現度成果によって、地域住民はじめ各組織体の健康福祉の満足が充足されると共に、これはまた健康投資の生産力効果という経済効果をもたらし、地域社会経済の生産性を上昇させることになる。図6の太線がこのことを示している。

## 5. 地域保健委員会の行動と論理実践実証主義

この節では、健康投資評価において重要な役割を果たす地域保健委員会の自律的計画調整行動を新しいパラダイムとしての論理実践実証主義との関連で説明する<sup>24)</sup>。

### (1) 地域保健委員会の自律的計画調整行動

図7は、健康投資の最適化過程における地域委員会の自律的計画調整行動を、端的にあらわしたものである。網をかけた部分がそれを示す。ポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程においては、健康開発型技術集積システム（A面）と、社会・経済システム（非市場機構・市場機構C面）を効果的に結びつけるのが、評価システムの基軸である地域保健委員会の自律的計画調整行動（B面）なのである。

次に図8は自律的計画調整行動を行う地域保健委員会の手段について示している。

地域保健委員会には地域健康福祉情報センターの機能が備わっている。

図7 健康投資の最適化過程における地域保健委員会の役割

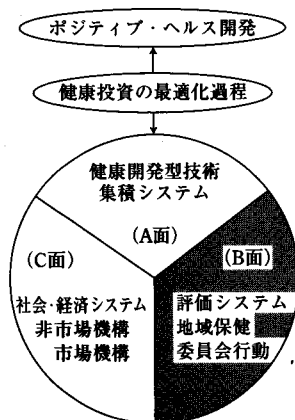


図8 地域保健委員会の評価機能図

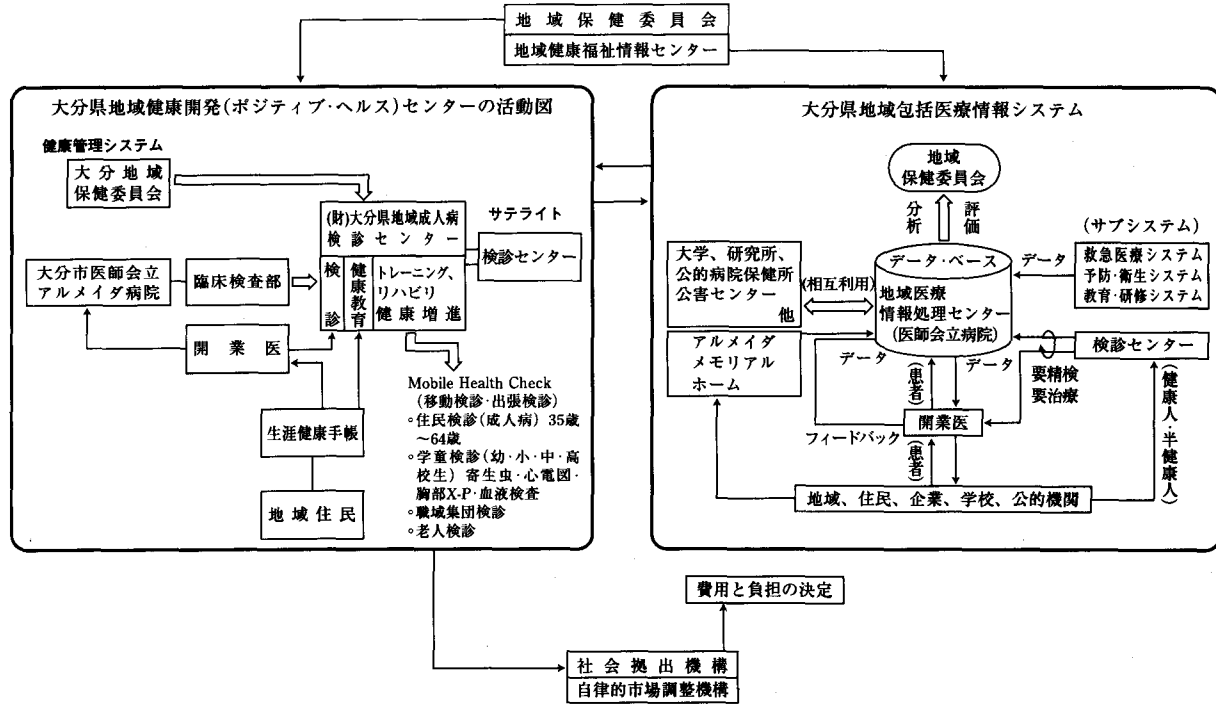


図 8 の右方の大分県地域健康福祉情報システム図はそれを示している。また地域保健委員会は、自己の意志決定によって創設した大分県地域健康開発センターを軸として、健康投資の実践の管理システムを持っている。図 8 の左方の大分県地域健康開発センター活動図がそれを示している。地域住民の健康投資の実践は生涯健康手帖に記帳されると共に、大分県地域健康福祉情報センターに記録され、ストックされる。企業、非営利組織、行政の職場の健康投資も同様な形で記録されストックされる。

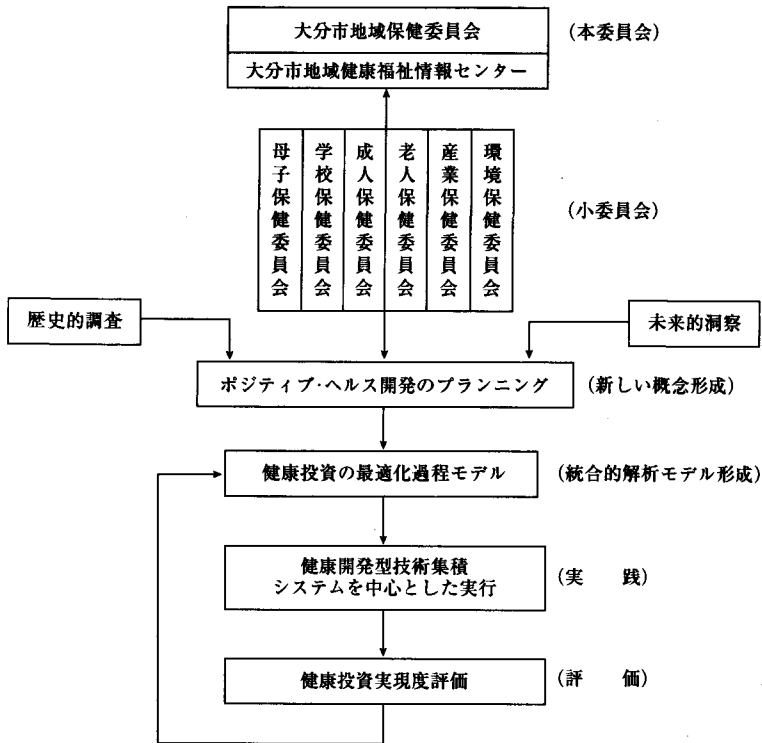
地域保健委員会は上述した機能をベースにして、地域社会における健康投資の実践の情報を収集し、費用と負担の経済的調整のシステム化を行う。これが同図の下方に示してある社会拠出機構（非市場機構）と自律的市場調整機構である。地域保健委員会は社会拠出機構における費用と負担の基本ルールを定めると共に、自律的市場調整機構がかかわり合う領域規定を行う。この領域規定は、社会・経済の発展に応じて変化してゆくが、費用と負担のルールづくりと自律的市場調整機構の領域規定のルールづくりは、地域保健委員会の合意によって決定される。ここでの合意形成による意志決定においては、ポジティブ・ヘルス開発の専門性とその実践における民主性が融合しているのがひとつの特徴である。

## (2)地域保健委員会の信頼性と客観性—論理実践実証主義の評価方法

ポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程において、地域保健委員会の機能は身体でいえば大脳部分に当る。この組織が有効に作動するには、社会からの信頼性と客観性の評価の基盤を形成することが必要とされる。杉田は開業医としての診断・実行・評価の経験を基盤とした包括医学、情報科学、そして OR 学、人間生態学を融合させ、論理実践実証主義のアイデアフォーメーションを行ない、それを文字通り、実践し、実証した。そして杉田はこれを基盤として、地域保健委員会の組織化を行ない、地域社会から信頼性と客観性の評価を得たのであ



図9 地域保健委員会の論理実践実証的行動図



った。

図9は信頼性と客観性を基盤とした地域保健委員会（本委員会と小委員会）による論理実践実証主義の行動パターンを示している。大分市地域保健委員会は、ポジティブ・ヘルス開発の小委員会からのリサーチ報告を基盤として、大分地域の歴史的動向と「未来からの反射」を本質的要素として取り入れながら、ポジティブ・ヘルス開発の新しい概念形成を行う。そして、杉田（1974）のマルチチャンネル・メディカル・シス

テムの実証的基盤のもとで、健康投資の最適化過程のモデルビルディングを行う。次の段階は、このモデルビルディングを健康開発型技術集積システムを中心にして実行に移す。この場合、地域保健委員会の代表的参加と呼応するために、地域住民、企業、非営利組織、行政の各主体に対する生と死の健康教育（生理的規範）が重要な役割を果たす。そしてこの実行結果を健康投資の最適化モデルビルディングの目的関数に照らして実現度評価を行う。そしてこの実現度評価にもとづいて、次のプランニングに入るという過程が繰り返され、地域社会の進化的再生産へ向けて進んでいく。

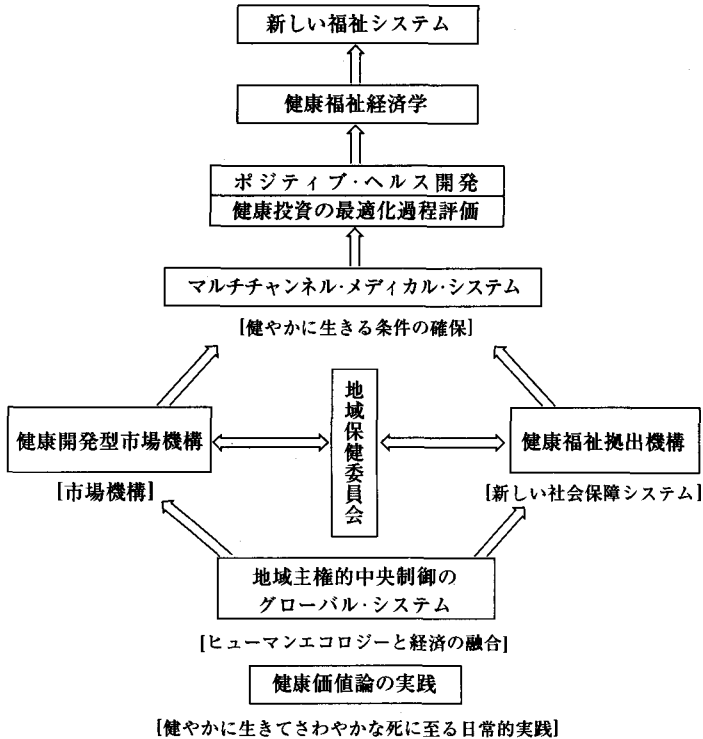
杉田はいう。「夜を明けるのを待って太陽が昇るのではない。太陽が昇るから夜が明けるのだ。」筆者は健康価値論の実践のリードと調整こそ、地域保健委員会の信頼性と客観性の根源なのだと考える。

## 6. むすびにかえて

### 一健康福祉経済学 (Economics for Positive Health) のパラダイムを求めて

図10はこれまでに説明して来たことの総括としての健康福祉経済学 (Economics for Positive Health) の基本的枠組を示している。健康福祉経済学は、経済福祉をそのうちに収める健康福祉という新しい福祉システムの論理実践実証的形成を企図している。健康福祉は、ポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の最適化過程の実践により、実態となってあらわれる。このための実証的基盤が杉田 (1974a) のマルチチャンネル・メディカル・システムのアイデアフォーメーションと大分市医師会のリーダーシップによる地域実践である。これは前節で集約的に示したように、地域保健委員会による健康開発型技術集積システムと、政治システム（社会的意志決定）と、社会経済システム（ポジティブ・ヘルス開発の費用と負担の決定）の共生行動によって実現される。地域

図10 健康福祉経済学(Economics for Positive Health)  
の基本的枠組



保健委員会は、ポジティブ・ヘルス開発の費用と負担の計画的調整機構（健康福祉拠出機構）と、自律的調整機構（健康開発型市場機構）を手段として、健康投資の最適化過程の実現に向けての共生行動を行う。

この健康投資の最適化過程は、すでに説明したように個人が家庭組織を拠点として、企業組織、非営利組織、行政との役割分担のもとで地域社会を形成する家庭組織主権、したがって地域主権のまちづくりがこれである。経済（エコノミー）を人間生態学（ヒューマンエコロジー）的

にみれば、地域社会は、国家社会そして地球社会と連動していることは明白な事実であるので、この地域保健委員会の共生機能を中央保健委員会、地球保健委員会にまで発展させれば、1. はじめにで述べたように、地域主権的中央制御のグローバルシステムの特徴が浮かび上がってくる。そして、このような形と内容での地域・中央・地球保健委員会の機能が有効に発揮されるためには、健やかに生きさわやかな死に至ることを日常生活の営みとする健康価値論の実践の浸透が不可欠である。このような健康価値論の実践は、生と死の健康教育を基盤とする健康投資の最適化過程の実現度に大きく依存している。そこで、健康福祉経済学は端的に言えば、健やかに生きてさわやかな死に至ることを日常的実践とする過程を解明することを基本的目標とする学問を目指しているということになる。ここでは論理実践実証主義の方法の充実が必要とされる。われわれはこれについて、現代ヨーロッパですでに開発されている Action Research の方法との関連で検討を進めている<sup>25)</sup>。

#### 注

- 1) 人間社会における縦の共存と横の共存については、(財) 生存科学研究所 (1991) における武見太郎「医療資源の開発と配分」によっている。なお、共生の価値観については、この小論の第4節で健康価値論との関連で説明している。
- 2) これは現代経済学における主流体系といえる新古典派経済学における消費者主権の経済システムの特徴を示している。これについては筑井甚吉・田村貞雄 (1972) の第2章、第3章、第4章に詳しく説明している。
- 3) 経済立地論は基本的に、経済効率性達成のための立地条件の検討を研究する研究領域であり、考察の対象により、工業立地論、商業立地論に分かれる。産業全体でみれば産業立地論となる。
- 4) これについては江見康一 (1967) を参照されたい。
- 5) 社会経済研究委員会には、人類生態学研究者、公衆衛生学研究者、産業医学研究者が参加しており、これらの研究者の研究報告で勉強することができた。現在考えてみると、この時にこれらの研究者との学際的な研究交流が非常に大きかったと思っている。
- 6) この医療経済実態調査については、日本医師会統計課編『医療経済実態調

査解析集』東洋経済新報社、昭和57年に体系化されている。

- 7) 生存科学研究所編 (1991) を参照。
- 8) 医療資源の開発と配分を主題とする第29回世界医師会学術集会の記録は、日本医師会編『国民医療年鑑』春秋社、昭和51年版に詳しく載せられている。
- 9) 世界医師会医療資源の開発と配分フォローアップ委員会がこれであり、この会議は昭和52年、昭和54年、昭和56年の3回にわたって開催された。この間の記録は日本医師会編『国民医療年鑑』の昭和53年版、昭和55年版、昭和57年版に載せられている。
- 10) 筆者は当時の日本医師会長武見太郎の了解のもとで、当時の大分市医師会長吉川暉と、当時の大分市医師会副会長の杉田肇に実地勉強を依頼し、地域包括医療の実践について、現場で色々と手ほどきを受けた。そしてこの時、学問における実践の重要性をはじめて知った。
- 11) 武見が主催する日本医師会特別医学分科会（ライフサイエンス学会）や、世界医師会医療資源開発と配分フォローアップ委員会、第4回世界グループメディシン等の学会での研究報告、田村貞雄・杉田肇 (1982, 1995a, 1995b)、田村貞雄・吉川暉・杉田肇 (1983) の論文の発表、著書の発行がそれである。
- 12) 論理実践実証主義の方法については、田村貞雄・杉田肇 (1995b) の第2章、田村貞雄 (1997b) を参照されたい。
- 13) これはJ・シュンペーターの資本主義経済についての定義を基本として考えたものである。
- 14) 資本主義経済制度についての定義②、③の自己の欲望の最大化行動と、⑤交換経済の貨幣の特性を結び合わせると、資本主義経済の歴史に何回となく観察されている、いわゆる“バブル経済現象”が生じる下地が形成されるのである。主流体系である新古典派経済学はこのことを十分に研究の対象の中に入れていない。むしろJ・シュンペーターの経済学、J. M. ケインズの経済学、K. マルクスの経済学の中に、この貨幣と人間の経済行動がかもし出す“バブル経済現象”に注目しているのである。
- 15) 公共財は財貨・用役の分割不可能性、排除不可能性が前提とされている。すなわち集会的財としての特性を持っているのである。
- 16) 図2の経済循環における資本勘定は、他の経済主体と異なり、実態的主体ではなく、経済循環を円滑に調整する調整勘定なのである。これに金融活動の実態を入れると、家計が貯蓄したものは、銀行（預金）か証券会社（株式投資）を通して企業の資金となることが明確になっている。資本が家計の所有であるというのは、銀行預金や株券がこの資本所有権をあらわす実態だからである。
- 17) 経済財と異なり、健康福祉は本文で説明しているように、①生物特性、②地域性、③不確実性、④公共性、⑤包括性、⑥継続性という特性を持っているので、単純な需要と供給の市場原理の適用は不可能である。この場合、我々は社会的意志決定の組織としての地域保健委員会が、健康開発型市場機構と健康福祉提出機構（非市場機構）を通して、健康投資を必要とする主体とこれを提

供する主体をできるだけ効果的に結びつけることを考えた。この場合我々は、健康開発型市場機構を需要・供給型と呼び、自律的計画的調整機構である健康福祉拠出機構を享受・提供型と呼んでいる。

- 18) 健康福祉循環を人間生態学的実態でみれば、個人が家庭を拠点として企業組織、非営利組織、行政と役割分担のもとで地域社会を形成し、そして、これを拠点として国家社会、そして地球社会へと拡張していく。この意味で健康福祉循環は本来的に地域主権的中央制御のグローバルシステムの特徴を持っているのであるが、しかし中核となるのは地域主権の実態である地域健康福祉循環である。そこでこの節では、地域健康福祉循環をまず取り上げているわけである。
- 19) 健康福祉循環における家庭組織の消費・貯蓄行動は、健やかに生きてさわやかな死に至る過程の満足の充足の視点から考えられているのである。生と死の喜びの消費・貯蓄行動、ゆとりの消費・貯蓄がこれを象徴的にあらわしており、消費価値の最大化という経済価値論による欲望の充足とは行動パターンが異なるのである。
- 20) これについては田村貞雄・吉川暉・杉田肇(1983)第2章2-1、価値観形成と価値論と、田村貞雄・杉田肇(1995b)の序章、社会経済の変動と経済学の適応過程を参照されたい。
- 21) 杉田肇の健康価値論について、詳しく考察している田村貞雄(1996b)を参照されたい。
- 22) 昭和48年暮の第一次石油ショックの時の経済政策、そして平成のバブルと、その崩壊後の経済政策にこの後追い性が典型的に観察される。
- 23) 小林(1997)は、われわれの健康福祉と循環における個人・家庭組織・社会の関係図を、人間生態学による同心円構造で示している。①マイクロ生態システム(家庭内人間関係)、②ミニ生態システム(家庭組織行動)、③メゾ生態システム(企業組織、非営利組織、行政)、④マクロ生態システム(地域社会、国家社会、地球社会)がそれである。
- 24) 大分市地域保健委員会の歴史的成立過程と、構成、そして機能については田村貞雄(1994a)を参照されたい。
- 25) これについての参考文献として次のものがあげられる。Sandra Hollingsworth ed., *International Action Research*, Falmer Press, 1997.

#### 参考文献

- 江見康一『保健投資と福祉立地論』日本医師会編『国民医療年鑑』春秋社、1967年。
- 小林登『母子相互作用』東京医学社、1983年。
- 小林登「生命・ヒト・人間・社会—人間科学の立場から—」, 小林登・田村貞雄『社会人間学—社会を場として考える—』成文堂、1997年。
- 中山伊知郎『発展過程の均衡分析』日本評論社、1939年。
- 日本医師会編『国民医療年鑑』昭和42年版、春秋社、1967年。

- 杉田肇 「Multichannel Medical System について」『日本医師会雑誌』72巻第4号, 1974a 年。
- 杉田肇 「学問の進歩と国民医療—地域医療概念の定着」『日本医師会雑誌』73巻第4号, 1974b 年。
- (財) 生存科学研究所編 『武見太郎の「生存の理法」に関する主要論文集』(財) 生存科学研究所, 1991年。
- 田村貞雄・吉川 暉・杉田 肇 『新しい医療福祉経済学』早稲田大学出版部, 1983年。
- 田村貞雄・杉田 肇 「生理学的視点からみた経済学の提唱」『世界経済評論』1982年12月号。
- 田村貞雄・杉田 肇 「ネオキャピタリズムと共存の経済システムの構築」『世界経済評論』1995年11月号。
- 田村貞雄 「保健投資の経済理論的基礎」日本医師会編『国民医療年鑑』春秋社, 1966年。
- 田村貞雄 「大分の生存環境とメディカ・テクノポリス」『21世紀への大分まちづくりのプランニングと実践』財団法人生存科学研究所, 1994a 年。
- 田村貞雄 「地域主権のまちづくりにおける大分地域保健委員会の役割」『21世紀への大分まちづくりのプランニングと実践』財団法人生存科学研究所, 1994b 年。
- 田村貞雄 「地域主権的中央制御の経済政策システム」『日本経済政策学会』, 1994c 年。
- 田村貞雄 「福祉立地からみた肝属郡における社会・政治・経済のあり方」『肝属郡(南隅4町)の未来を見つめたまちづくりの調査研究』財団法人生存科学研究所, 1994d 年。
- 田村貞雄  
『「健やかに老いる」システム支援高齢者生活ケアシステム形成の提唱』『人間回復都市“べっぶ”の実践計画—こどもが輝き、としよりが微笑むまちづくりを中核として—』財団法人生存科学研究所, 1995a 年。
- 田村貞雄 『ヘルスエコノミックス—激動の経済変革に対して我々は何ができるか—』(杉田肇と共著) 成文堂, 1995b 年。
- 田村貞雄 「非市場経済活動における経済評価ルールづくり—デンマーク, スイス, 日本の比較検討をもとにして—」『日本経済政策学会』, 1996a 年。
- 田村貞雄 「地球保健活動と経済学の出会い, そして結婚—マルチチャンネル・メディカル・システムの構想と展開」『ソシオサイエンス』, 1996b 年。
- 田村貞雄 「日本の医療保険制度改革への提案—福祉と経済の共生のリサーチにもとづいて—」『早稲田社会科学研究所』, 1997a 年。
- 田村貞雄 「『生存の理法』と健康価値論—論理と実践の融合の軌跡—」『ソシオサイエンス』, 1997b 年。
- 田村貞雄 『社会人間学—社会を場として考える』(小林登との共編著) 成文堂,

1997c 年。

田村貞雄 『現代経済学』（筑井甚吉との共著）春秋社，1972年。